|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA:** |
| **DIRECCIÒN:** | **TELEFONO:** | **CIUDAD:** |
| **PERSONAL RESPONSABLE:** |
| **CARGO:** | **FECHA:**  |
| **INSTRUCCIÓN DE VERIFICACIÓN** | **CUMPLE** | **OBSERVACIONES** |
| **SI** | **NO** |
| **1. INFRAESTRUCTURA FISICA** |
| 1.1 Se cuenta con un espacio para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios, según lo estipulado en la Resolución 1164 de 2002. |   |   |   |
| 1.2 El área de almacenamiento central temporal cuenta con las condiciones físicas y sanitarias para el almacenamiento de los residuos generados. |  |  |  |
| 1.3 Se cuenta con Áreas separadas para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos y los no peligrosos. |   |   |   |
| 1.4 Existen espacios separados física y sanitariamente dentro del almacenamiento central para cada clase de residuos hospitalarios. |   |   |   |
| 1.5 Las áreas de almacenamiento central se encuentran debidamente señalizadas y existe equipo contra incendio cerca. |   |   |   |
| **2. RECURSO HUMANO** |
| 2.1 El servicio cuenta con personal responsable de las funciones administrativas, asistenciales, de aseo y de mantenimiento. |   |   |   |
| 2.2 El recurso humano ha recibido entrenamiento y capacitación para el manejo de los residuos, verificar los certificados de asistencia y soportes de actas.  |   |   |   |
| 2.3 El personal que manipula los residuos cuenta con programas de Capacitación, exámenes clínicos, inmunización de los trabajadores, monitoreo biológico y ambiental. |   |   |   |
| **3. DOTACION** |
| 3.1 El personal cuenta con los elementos de protección personal. |   |   |   |
| **3.2 El establecimiento dispone de la siguiente dotación.** |
| 3.2.1 Contenedores para el almacenamiento de los residuos de acuerdo con el código de colores y cumpliendo con las especificaciones de las hojas de seguridad y/o fichas técnicas. |   |   |   |
| 3.2.2 Carros para el transporte interno, que cumpla con especificaciones y en caso de no contar con estos, cuenta con un recipiente hermético. |   |   |   |
| 3.2.3 Recipientes seguros para almacenar los residuos según tipo de peligrosidad.  |   |   |   |
| 3.2.4 Bolsas identificadas con el rotulado específico. |   |   |   |
| 3.2.5. Sistema para pesaje exclusivo de los residuos hospitalarios peligrosos. |  |  |  |
| **4. ACTIVIDADES TECNICO ADMINISTRATIVAS** |
| 4.1 Cuenta con servicios contratados con gestores autorizados por los entes de control para la recolección, transporte, tratamiento y disposición final, cumpliendo requisitos del Decreto 351 de 2014, Decreto 780 de 2016, Decreto 4741 de 2005, Decreto 1609 de 2002 y el PGIRH. |   |   |   |
| 4.2 Cuenta con el personal responsable del manejo de residuos hospitalarios peligrosos. |   |   |   |
| 4.3 El personal conoce y está capacitado en las normas estipuladas en el PGIRH. |   |   |   |
| 4.4 El personal está capacitado y realiza la Clasificación y segregación de los residuos peligrosos y no peligrosos |   |   |   |
| 4.5 Se implementan correctamente el código de colores establecido en el PGIRH, para el manejo interno de los residuos hospitalarios y similares |  |  |  |
| 4.6 El personal realiza la Manipulación, recolección y el transporte interno, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares |   |   |   |
| 4.7 Existe la ruta de recolección interna de residuos hospitalarios y similares con los horarios fijados y esta se encuentra publicada. |  |  |  |
| 4.8 Se cumplen los horarios de recolección interna establecidos en la ruta de recolección y los horarios establecidos por la empresa gestora, para la recolección externa. |  |  |  |
| 4.9 Se realiza el pesaje de los residuos todos los días y con balanzas separadas para los residuos peligrosos y no peligrosos. |  |  |  |
| 4.10 El tiempo de almacenamiento de los residuos hospitalarios no debe superar los tiempos de norma. |   |   |   |
| 4.11 El personal conoce el tratamiento y disposición final de los residuos generados en el predio. |   |   |   |
| 4.12 El Personal de servicios generales utiliza en su trabajo las medidas de bioseguridad en limpieza y desinfección, teniendo en cuenta los procedimientos. |   |   |   |
| 4.13 Existe Panorama de riesgos. |   |   |   |
| 4.14 Cuenta con documento-protocolo para informar accidentes de trabajo ocasionados por el manejo de residuos hospitalarios y notificación a ARL |  |  |  |
| 4.15 Se han presentado y reportado incidentes y accidentes de trabajo por el manejo de residuos hospitalarios. |  |  |  |
| 4.16 Se cuenta con el grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria – GAGAS, según lo establecido en el formato de declaración de compromiso |   |   |   |
| 4.17 Tiene documentado y articulado el plan de emergencias y contingencias. |   |   |   |
| 4.18 Se cuenta con el Plan de contingencia implícito en el PGIRH |  |  |  |
| 4.19 Cuenta con el Plan de Saneamiento Básico. |   |   |   |
| 4.20 Implementa el Plan de Saneamiento Básico contemplando los cuatro programas. |   |   |   |
| 4.21 Cuenta con las hojas de seguridad de cada uno de los residuos hospitalarios peligrosos |   |   |   |
| **5 VERIFICACIÒN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**  |
| 5.1 Se cuenta con los soportes de asistencia del personal a las capacitaciones |   |   |   |
| 5.2 Cuenta con las Actas de Comités administrativo de gestión ambiental y sanitaria – GAGAS (mínimo una por mes). |  |  |  |
| 5.3 Se realiza Evaluación y seguimiento a la ruta de recolección interna de residuos hospitalarios y similares-RRIRHS. |   |   |   |
| 5.4 Se cuenta con los soportes originales de los manifiestos que suministra el gestor autorizado al realizar la recolección de los residuos. |  |  |  |
| 5.5 Cuenta con el diagnóstico ambiental. |  |  |  |
| 5.6 Se diligencia oportuna y adecuadamente la documentación de los residuos hospitalarios |  |  |  |
| 5.7 Realiza el reporte trimestral de RH (formato RH1) |  |  |  |
| 5.8 Cuenta con los soportes de las visitas efectuadas al gestor autorizado. |   |   |   |
| 5.9 Cuenta con los soportes de verificación trimestral al transportador. |  |  |  |
| 5.10 El cronograma de actividades se está ejecutando de acuerdo con lo programado en el PGIRH para el lapso de año. |  |  |  |
| 5.11 Existen análisis de los indicadores de residuos hospitalarios. |   |   |   |
| **OBSERVACIONES GENERALES Y COMPROMISOS** |
|  |
|
|
|
|
| **Persona que atendió la visita:** | **Personal que realizó la visita:** |
| Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula N.º: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:  | Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula N.º: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:  |
| Firma: | Firma: |
| Nota: este Formato debe aplicarse dos veces al año, es decir la verificación interna No. 1 debe realizarse entre los meses de enero y junio, y la verificación interna No. 2 entre los meses de julio a diciembre. |

**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO** **LISTA DE VERIFICACIÓN INTERNA**

Para diligenciar correctamente el formato, por favor tenga en cuenta las instrucciones que se relacionan a continuación:

Diligencie todos los espacios en blanco solicitados por el formato de la siguiente manera:

1. **Nombre del predio:** escriba el nombre del predio donde se realiza la verificación.
2. **Dirección:** escriba la dirección en la que se ubica el predio donde se realiza la verificación.
3. **Teléfono:** escriba el número de contacto del predio donde se realiza la verificación.
4. **Ciudad:** escriba la ciudad en la que se ubica el predio donde se realiza la verificación.
5. **Personal** **Responsable:** escriba el nombre completo de la persona responsable o contacto del predio donde se realiza la verificación.
6. **Cargo:** escriba el cargo de la persona responsable o contacto del predio donde se realiza la verificación
7. **Fecha:** escriba la fecha en la cual se realiza la verificación.

En la casilla de **CUMPLE** marque con una X **SI** o **NO** o no aplica **NA** y en la casilla de **OBSERVACIONES** especifique lo necesario para dar claridad a lo solicitado en cada uno de los ítems.

1. En el primer componente se establece lo relacionado con la infraestructura física y se divide en cinco (5) ítems que se describen a continuación:
	1. Se debe registrar si existe un espacio, para el almacenamiento de los residuos hospitalarios en el predio que cumpla con la norma.
	2. El área de almacenamiento central temporal cuenta con las condiciones físicas y sanitarias para el almacenamiento de los residuos generados, verificando contenedores, suministro de agua, extintor, paredes y techos de fácil limpieza, entre otros aspectos relevantes.
	3. Verificar sí el predio cuenta con áreas separadas para residuos peligrosos y no peligrosos.
	4. Revisar si existe un almacenamiento de Residuos hospitalarios peligrosos separado por cada clase.
	5. Verificar si la zona de almacenamiento se encuentra señalizada y con equipo contra incendios.
2. En el segundo componente se establece lo relacionado con Recurso humano y está se divide en tres (3) ítems que se describen a continuación:
	1. Verificar si el predio cuenta con una persona responsable asignada para las labores administrativas, asistenciales, de aseo y de mantenimiento.
	2. Corroborar si las personas han recibido capacitación y entrenamiento en temas de residuos hospitalarios, verificar los certificados de asistencia y soportes de actas.
	3. Confirmar si el personal que manipula los residuos cuenta con Programas de Capacitación, exámenes clínicos, inmunización de los trabajadores, monitoreo biológico y ambiental.
3. El tercer componente se denomina Dotación y esta segmentado en seis (6) ítems.
	1. Inspeccionar si el personal encargado de la manipulación de los residuos hospitalarios cuenta con los Elementos de Protección Interpersonal (EPP) establecidos por la unidad operativa.
		1. Verificar si el predio cuenta con los recipientes adecuados (según el código de colores y lo especificado en las hojas de seguridad (MSDS) de estos residuos).
		2. Verificar si el predio cuenta con Carros transportadores a nivel interno o cuenta con un recipiente hermético.
		3. Verificar si el predio cuenta con Recipientes seguros según el tipo de residuo
		4. Verificar si el predio cuenta con las bolsas se encuentran rotuladas según el residuo que contiene,
		5. Verificar sistemas de pesaje separados para los residuos hospitalarios peligrosos y no peligrosos; especificar en las observaciones información relevante al respecto.
4. En el cuarto componente se establece Actividades Técnico Administrativas distribuidas en veintidós (22) ítems:
	1. Se precisa si el predio cuenta con Servicios contratados de recolección, tratamiento, transporte y disposición final, cumpliendo requisitos Decreto 351 de 2014, Decreto 780 de 2016, Decreto 4741 de 2005, Decreto 1609 de 2002 y el PGIRHS.
	2. Confirmar si el predio cuenta con personal responsable designado para el manejo de los residuos hospitalarios.
	3. Constatar si el personal responsable está capacitado en las normas estipuladas en el PGIRHS
	4. Constatar si el personal responsable está capacitado respecto a segregación y clasificación de los residuos hospitalarios peligrosos y no peligrosos, Confirmando si el predio realiza el manejo adecuado de los colores para separar los residuos.
	5. Constatar si el personal implementa correctamente el código de colores establecido en el PGIRH, para el manejo interno de los residuos hospitalarios y similares, Identificando si el predio separa los residuos desde el punto donde se generan
	6. Constatar si el personal realiza la manipulación, recolección y transporte interno de acuerdo con lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares
	7. Verificar que la ruta de recolección interna de residuos hospitalarios y similares cuente con los horarios y esta se encuentra publicada en el cuarto de residuos
	8. Examinar si el predio cuenta con registros, listas de chequeo u otro que dé cuenta del cumplimiento de las frecuencias y horarios de recolección interna establecidos en la ruta de recolección y los horarios de recolección externa por la empresa gestora.
	9. Verificar si se cuenta con dos balanzas, para realizar el pesaje de los residuos peligrosos y no peligrosos todos los días de forma separada.
	10. Verificar el tiempo de almacenamiento de los residuos hospitalarios tanto en áreas internas, como en el área de almacenamiento central no superar los tiempos de norma.
	11. Verificar si el personal conoce el tratamiento y disposición final de los residuos hospitalarios generados en el predio según lo estipulado en el PGIRHS.
	12. Verificar si el personal responsable cuenta con prácticas o técnicas de bioseguridad, rutinas de limpieza y desinfección adecuadas y especificar estos contextos. Verificar si el área de almacenamiento central cuenta con personal responsable y capacitado para la para la manipulación de las bolsas, elementos de desinfección y limpieza, y para el pesaje de los residuos hospitalarios generados en el predio.
	13. Verificar si existe panorama de riesgos elaborado.
	14. Verificar el documento-protocolo para informar accidentes de trabajo en el manejo de residuos y notificación a ARL
	15. Indagar si se han presentado y reportado accidentes de trabajo por el manejo de residuos
	16. Verificar la conformación del grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria – GAGAS, según lo establecido en el formato de declaración de compromiso.
	17. Verificar si se tiene documentado y articulado el plan de emergencias y contingencias.
	18. Revisar si el predio posee y conoce el plan de contingencia implícito en el PGIRHS en caso de alguna emergencia con los residuos hospitalarios almacenados
	19. Verificar si el predio cuenta con el Plan de Saneamiento Básico.
	20. Verificar que la documentación que da cuenta de la Implementa el Plan de Saneamiento Básico contemplando los cuatro programas (Plagas, manejo de residuos, agua potable y limpieza y desinfección), se encuentre diligenciada.
	21. Verificar y solicitar las hojas de seguridad de los residuos hospitalarios generados.
5. En el sexto componente se refiere a la verificación del Servicio, distribuidas en seis (6) ítems:
	1. Revisar si el personal asiste a capacitaciones y socializaciones de residuos hospitalarios en diferentes espacios e instancias, mediante los soportes de actas.
	2. Revisar las Actas de Comités administrativo de gestión ambiental y sanitaria – GAGAS (mínimo una por mes), en donde se evidencie el abordaje de temas de residuos hospitalarios.
	3. Comprobar que el predio realiza evaluación y seguimiento a la ruta de recolección interna de residuos hospitalarios y similares.
	4. Revisar si se cuentan con los soportes originales de los manifiestos que suministra el gestor al realizar la recolección de los residuos hospitalarios en el predio.
	5. Verificar el diligenciamiento del diagnóstico ambiental.
	6. Se diligencia oportuna y adecuadamente la documentación de los residuos hospitalarios. Confirmar si el predio analiza y controla la producción de residuos hospitalarios generados, mediante indicadores. Comprobar si el predio cuenta con los registros de Actas de comités internos donde se gestione y trate temas de residuos hospitalarios peligrosos.
	7. Verificar si se realiza el reporte trimestral de Residuos Hospitalarios
	8. Verificar si el predio realiza visitas y controles externos a los gestores de residuos hospitalarios peligrosos.
	9. Cuenta con los soportes de verificación al transportador.
	10. Revisar si el cronograma de actividades establecido en el PGIRHS se cumple.
	11. Revisar los formatos del registro de información de los residuos generados en el predio.
6. En el espacio de observaciones y compromisos se describen las principales acciones que se proponen para la mejora continua.
7. Al final de la lista de chequeo se debe registrar el nombre, cedula, cargo, teléfono y firma del personal que efectuó la visita y de la persona que atendió la visita.